

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Rossier et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate pour Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 9 LPGA ; art. 42 et 48 LAI ; art. 35, 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), d'origine [...], née en 1974, célibataire, mère de quatre enfants, nés en 1998, 2000, 2004 et 2012, est entrée en Suisse le 19 septembre 1991 (actuellement titulaire d'un permis B). Au bénéfice d'un certificat d'employée de maison, l'assurée a travaillé en qualité de technicienne de surface auprès de R._____ à [...] du 27 juillet au 28 août 2007 (21 heures/semaine), ainsi que du 26 juin au 26 octobre 2007 auprès de B._____ SA à [...] à 50 %. Par la suite, elle est devenue bénéficiaire de l'aide sociale.

Le 7 juillet 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente, l'intéressée précisant quant au genre de l'atteinte : « trouble bipolaire » existant depuis 2000.

Invitée à renseigner l'OAI sur son statut (part active/part ménagère), l'assurée a complété le formulaire « 531bis » le 11 août 2010, indiquant que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % afin d'être indépendante.

Par avis médical du 11 janvier 2011, le Dr Z._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a notamment relevé les éléments suivants :

« (...).

Elle présente un trouble affectif bipolaire depuis 1998 ; elle a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises à T._____ en 2000, 2003 et 2004 et suivie au CTB du CHUV [Centre hospitalier universitaire vaudois] début 2009.

La Dresse S._____, psychiatre, dans son rapport du 27.09.2010, mentionne une incapacité de travail de 100 % depuis 2000.

En situation compensée comme actuellement, l'assurée ne pourrait cumuler son travail de mère au foyer avec une activité professionnelle. Cela l'entraînerait vers une décompensation caractérisée avec irritabilité, susceptibilité, pleurs, confusion.

Son médecin généraliste, le Dr G._____, mentionne, outre le trouble affectif bipolaire, des [métatarsalgies], des lombalgies chroniques et un hallux valgus bilatéral.

On propose des mesures de réinsertion, ce qui permettra d'évaluer la capacité de travail.

Les LF [limitations fonctionnelles] sont l'hypersensibilité au stress, ne pas soulever des charges lourdes supérieures à 5 kg, pas d'activité uniquement en position assise ou debout, penchée de manière répétitive ou sur échafaudage.

La réussite ne sera pas évidente chez cette femme seule qui a 3 enfants à charge ».

Dans un rapport d'évaluation du 11 avril 2011 faisant suite à un entretien du 8 avril 2011 avec l'assurée, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a pris les conclusions suivantes :

« (...).

Notre assurée présente un trouble bipolaire qu'elle a appris à apprivoiser. Elle paraît toujours être sur « le fil du rasoir ». Elle gère ses activités quotidiennes en fonction de sa maladie. Elle s'interdit tout écart qui risquerait de la faire décompenser. Même en veillant très attentivement à ses limites et en se contentant d'une vie très calme et plutôt monotone, elle présente des phases dépressives, la dernière datant d'octobre 2010. Elle reconnaît les premiers signes de la maladie, ce qui lui permet de prendre une médication plus importante afin que ses symptômes ne s'aggravent pas, la conduisant alors à une hospitalisation. Elle redoute une nouvelle hospitalisation qui l'obligerait à placer ses enfants en maison d'accueil.

Nous suivons l'avis de son médecin généraliste et de sa psychiatre qui estiment que Mme N._____ ne pourrait cumuler son travail de mère au foyer avec une activité professionnelle même à temps très partiel. La mise en place des MR [mesures de réadaptation] nous paraît vraiment trop risquée vu la fragilité psychique de notre assurée et le risque important d'une nouvelle décompensation.

Selon nous, sa capacité de travail et de gain est nulle ».

Par communication du 12 septembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était actuellement possible en raison de son état de santé.

Dans un rapport du 22 septembre 2011 faisant suite à une enquête économique sur le ménage, le statut de l'assurée a été fixé à 50 % comme active et 50 % comme ménagère. Compte tenu de la pondération attribuée à chaque rubrique, l'enquêtrice a conclu que les empêchements ménagers étaient de 22.5 %.

Par avis médical du 8 juin 2012, le Dr Z._____ du SMR a préconisé un examen clinique psychiatrique au SMR afin d'évaluer la capacité de travail.

Dans un rapport d'examen du 24 septembre 2012 faisant suite à un examen clinique psychiatrique du 26 juillet 2012, la Dresse A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que l'assurée présentait un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission partielle (F31.7) et que sa capacité de travail était nulle aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et ce, dès le 17 septembre 2000. Au chapitre de l'appréciation du cas, elle a exposé ce qui suit :

« Depuis 2000, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive avec des symptômes psychotiques et risque auto- et hétéro-agressif qui a nécessité une première hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de T._____. Dans le rapport médical du 31.01.2003, sur la base de l'hospitalisation du 17.09.2000 au 13.10.2000, le Dr Q._____ et le Dr P._____, médecin assistant, retiennent le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. L'état de l'assurée nécessite une nouvelle hospitalisation à T._____ du 26.02.2003 au 11.04.2003 et dans le rapport médical du 28.04.2003, le Dr F. J._____, chef de clinique et le Dr C._____, médecin assistant, retiennent les diagnostics de trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques et trouble affectif bipolaire type II, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques.

Le 25.03.2004, le lendemain de la césarienne, l'assurée bénéficie d'une évaluation psychiatrique par le Dr K._____, qui décrit l'assurée comme méfiante, avec une thymie labile, un discours confus, et retient le diagnostic de probable trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, actuellement en rémission.

Cependant, l'état de l'assurée s'aggrave à nouveau et nécessite une troisième hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de T._____ du 30.07.2004 au 05.08.2004, et dans le rapport médical du 05.11.2004, le Dr J._____ et E._____, psychologue, retiennent le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode hypomaniaque.

Depuis le 29.03.2010, l'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr S._____, qui dans son rapport médical du 27.09.2010 retient le diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement pas d'épisode de décompensation de l'humeur, elle atteste une incapacité de travail à 100 % depuis 2000, date de l'aggravation de son état, qui a nécessité une première hospitalisation en milieu psychiatrique.

Le 20.03.2012, la Dresse S._____, décrit « *par moments, d'humeur neutre, (cela peut durer un mois), puis environ deux semaines de dépression (tristesse, troubles du sommeil, angoisse, interprétativité, isolement, incapacité à entreprendre quelque chose de concret). Ensuite, une semaine, est nécessaire pour remonter la pente. Surviennent aussi des périodes d'insouciance pendant lesquelles Madame N._____ est hyperactive et surexcitée* ». Elle atteste toujours une incapacité de travail à 100 % et explique l'absence de traitement stabilisateur de l'humeur en raison d'une assurée méfiante à l'égard des médicaments, et selon elle, « c'est déjà un grand succès qu'elle puisse les utiliser ainsi ».

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble affectif bipolaire en rémission partielle, qui repose sur le fait que dans le passé, l'assurée a présenté au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif mais ne présente actuellement aucune perturbation significative de l'humeur. Cependant, mai-juin, l'assurée aurait présenté une nouvelle décompensation qui l'a amenée aux urgences à [...]. L'assurée déclare qu'elle aurait arrêté sa médication.

Il s'agit d'une assurée très fragile psychologiquement, assez instable, labile, qui présente des difficultés à accepter la maladie, à se remettre en question et demander de l'aide. La compliance médicamenteuse est douteuse, d'où un important risque de décompensation aiguë.

L'assurée présente une fatigabilité, des difficultés à gérer toute forme de stress autant dans sa vie privée que professionnelle et un effondrement de ressources d'adaptation aux changements.

Dans ce contexte difficile, la capacité de travail exigible est nulle dans toute activité et ceci depuis le 17.09.2000, date de l'aggravation suivie d'une première hospitalisation en milieu psychiatrique.

- Le pronostic à moyen terme est défavorable. Une formation professionnelle ou un programme de réinsertion professionnelle est voué à l'échec, vu l'état de l'assurée.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont :

Fragilité psychologique, labilité émotionnelle, instabilité, difficultés à gérer le stress, incapacité à se remettre en question et à accepter la maladie et surtout le traitement médicamenteux prescrit, et effondrement des ressources d'adaptation aux changements.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

L'assurée présente une incapacité de travail à 100 % depuis le 17.09.2000.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

A l'examen clinique de ce jour, nous avons évalué une incapacité de travail à 100 % dans toute activité, et ceci depuis le 17.09.2000 ».

Dans un rapport SMR du 9 octobre 2012, le Dr D._____ a confirmé les conclusions de la Dresse A._____, précisant qu'en raison de la gravité et de la chronicité de l'affection, une révision n'était pas nécessaire avant 5 ans, et ce d'autant que l'assurée avait 3 enfants à charge et était célibataire.

Par projet de décision du 19 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité en raison d'une capacité de travail nulle dans toute activité et ce, dès le 1^{er} janvier 2011. En effet, une rente entière aurait pu être allouée dès le 1^{er} septembre 2001 (à l'échéance du délai de carence d'une année). Toutefois, comme l'assurée avait déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 7 juillet 2010, les prestations ne pouvaient être versées que dès le 1^{er} janvier 2011, soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

Par décision du 10 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.

b) Dans un « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI » du 15 septembre 2015, la Dresse S._____ a mentionné que

l'assurée avait présenté dès le mois de juin 2015 une décompensation sous forme d'un état mixte, soit un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec caractéristiques psychotiques. Elle avait été hospitalisée à [...] en juillet 2015 et avait bénéficié d'un retour à domicile sous forme d'aide. La psychiatre traitante a fait état d'une amélioration progressive de l'état de santé tout en précisant que le trouble bipolaire n'allait pas lui-même disparaître. L'aide, à raison de 3 x 2 h 30 par semaine était encore nécessaire au moins jusqu'à fin septembre 2015. Une réévaluation de ce besoin serait faite au début du mois d'octobre 2015.

Le 6 novembre 2015, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour personnes impotentes (ci-après : API). Sous la rubrique « Données relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », elle a indiqué avoir besoin d'aide pour vivre chez elle, sous la forme d'une aide au ménage par le CMS et une employée privée, ainsi que d'une aide administrative par le biais de différentes institutions. Elle a également expliqué qu'un accompagnement pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile était nécessaire, « en fonction de l'état psychique, Mme a besoin que quelqu'un l'amène et l'accompagne dans les rendez-vous extérieurs ». En outre, l'assurée a mentionné que la présence régulière d'un tiers pour éviter l'isolement durable du monde extérieur était nécessaire, évoquant à cet égard qu'elle avait besoin d'aide pour entretenir des contacts sociaux en fonction de l'état psychique. Elle a enfin ajouté que le CMS, F._____ et la V._____ s'étaient déjà occupés d'elle, mais qu'il n'y avait pas de service d'accompagnement à proprement parler.

Dans un rapport médical du 2 décembre 2015 à l'OAI, le Dr G._____ a exposé que sa patiente avait besoin d'aide pour le ménage, étant fatiguée et somnolente à cause des médicaments psychotropes entre autres et ne réussissant pas à gérer tout le travail que demande une famille. Elle manquait en outre d'énergie et d'anxiété (sic). Elle faisait ainsi à manger mais avec l'aide de compatriotes. Une aide administrative nécessaire était fournie par [...]. Elle s'occupait en outre de sa petite fille

de 3 ans. Elle pouvait faire les lits, mais pas le ménage étant trop fatiguée et manquant d'énergie et d'initiative. Le Dr G. _____ a transmis les rapports médicaux des 23 décembre 2014 et 11 mai 2015 du service de chirurgie viscérale du CHUV (consultation d'urgence en raison d'une gêne épigastrique d'origine indéterminée), ainsi qu'un rapport du 3 juin 2015 faisant suite à des radiographies du bassin et des genoux.

Dans un rapport médical du 3 décembre 2015 à l'OAI, la Dresse S. _____ a estimé qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2 h par semaine était justifié. Cela soulageait l'assurée d'une pression physique et psychologique qui accentuait le risque de décompensation du trouble bipolaire. Le matin, très fatiguée, l'intéressée ne pouvait pas assumer de tâches ménagères. L'état actuel depuis le 1^{er} octobre 2015 était de quatre heures par semaine pour une durée illimitée. Lors des phases de décompensation, l'accompagnement devait être intensifié momentanément.

Le 10 mai 2016, une enquête sur l'impotence a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 17 mai 2016, l'enquêtrice a relevé que sans l'accompagnement apporté par diverses structures, l'assurée devrait assumer son quotidien et décompenserait plus régulièrement, ce que confirmaient ses médecins dans leurs rapports. Elle avait de l'aide depuis l'octroi de la rente financée par les prestations complémentaires. Toutefois, cette aide était devenue plus importante et plus intense depuis la dernière hospitalisation, soit depuis juillet 2015, date retenue pour le début de l'accompagnement. Finalement, l'enquêtrice a retenu un besoin de 2 h 35 par semaine permettant de vivre de manière indépendante pour les motifs suivants :

- « Gérer ses RDV [rendez-vous], structurer ses journées : l'assurée prend ses RDV les mercredis pour ses enfants aînés se chargent des plus jeunes. Elle parvient à organiser, à gérer les imprévus. Toutefois, elle a reçu des amendes, ayant oublié des RDV de physio ou de médecin. Cette difficulté est liée à son état psychique. La journée, elle se charge de sa petite fille mais passe beaucoup de temps allongée sur le canapé, voyant qu'il y a des choses à faire mais ne parvenant pas à initier ces activités. Si elle se sent trop mal, elle appelle l'aide au ménage qui est une amie

- pour venir chercher ses enfants et les garder à sa place. Lors de périodes d'excitation ou de dépression, elle ne parvient pas à trouver le sommeil, se montrant fatiguée en permanence et inverse son rythme, se déstructurant, ce qui augmente encore le risque de décompensation. 5 minutes/semaine
- Faire face aux situations quotidiennes : l'assurée se rend au courrier 1x/semaine seulement, ne parvenant pas à s'y rendre chaque jour, cette activité étant source d'angoisse. Elle a eu une aide en 02.2015 durant 9 mois de « tout compte fait » pour ranger le courrier, tout ranger, tout mettre à jour. Depuis leur départ en 11.2015, elle sollicite l'aide de son fils aîné pour une aide au rangement. Elle ne parvient pas à le faire seule. Son fils se charge des calculs, elle remplit les ordres de paiement et se rend à la banque ou son fils y va à sa place. Cela fait 2 mois qu'elle n'a pas réussi à faire les ordres de paiement et qu'elle s'est rendue directement à la poste. Elle sollicite F._____ 1x/mois environ pour remplir les papiers pour la femme de ménage, pour les feuilles d'imposition, les demandes d'aide occasionnelles. Elle sollicite également de l'aide à la V._____ pour remplir les papiers officiels, les travaux d'écriture, de lecture, les documents liés à la naturalisation. Elle sollicitait déjà de l'aide avant en lien avec la maîtrise partielle du français mais à ce jour, le fait plus en lien avec sa santé et un manque de compréhension des événements, de la peine à se concentrer. Elle se rend à la [...] dans le cadre de problèmes personnels. 30 minutes/semaine.
 - Tenir le ménage : l'assurée bénéficie d'une aide au ménage financée par les PC [prestations complémentaires] 16h/mois. Cette personne vient 2x/semaine pour faire le ménage. L'assurée fait de petites tâches entre 2 ou lorsque cette personne est présente. L'assurée prépare des repas à midi, simples pour elle et ses enfants. Elle sollicite ses enfants lorsqu'ils sont présents. Elle n'élabore pas des menus mais réchauffe des choses prêtes afin de se faciliter la tâche. Elle ne parvient pas à anticiper ces tâches. Elle fait la vaisselle avec ses enfants. Les lessives sont faites de manière régulière, n'ayant pas le choix puisqu'elle n'y a accès qu'une fois par 15 jours, elle ne peut pas se permettre d'oublier. Elle sollicite l'aide de sa fille aînée. 2h/semaine ».

Par avis médical du 14 juillet 2016, la Dresse X._____ du SMR n'a pas retenu de besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie, ce besoin n'étant pas régulier et actuel, mais plutôt préventif.

Par décision du 26 septembre 2016 confirmant un projet de décision du 16 août 2016, l'OAI a refusé à l'assurée une allocation pour impotent, en considérant ce qui suit :

« **Résultat de nos constatations :**

Dans le cadre de la demande d'examen du droit à une allocation pour impotent déposée en date du 6 novembre 2015, une visite à domicile par une collaboratrice de notre service extérieur a été réalisée le 10 mai 2016 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez besoin pour accomplir des actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous n'êtes pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

Nos investigations ont également démontré que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période de 3 mois n'est pas prouvé.

Les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible ne sont dès lors pas remplies ».

B. Par acte du 25 octobre 2016, N._____ recourt contre cette décision, en concluant principalement à son annulation, dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. Elle soutient qu'elle a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, lequel a été constaté médicalement, ainsi que par l'enquête réalisée le 10 mai 2016 à la demande de l'OAI. Elle estime que l'avis du SMR est arbitraire, car il est fondé sur une lecture erronée du dossier. Elle a en effet réellement besoin de cette aide, non pas à titre préventif, mais simplement pour pouvoir affronter les tâches quotidiennes.

Dans sa réponse du 22 décembre 2016, l'intimé conclut au rejet du recours, exposant que la recourante a réussi à s'organiser et sait demander de l'aide de façon ponctuelle si elle se sent moins bien. Elle suit en outre un traitement médicamenteux qui consolide l'amélioration de son état de santé (rapport du 15 septembre 2015 de la Dresse S._____).

Par réplique du 10 janvier 2017, la recourante, désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, indique que l'instruction relative à une API réalisée le 10 mai 2016 confirme la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, dans les périodes de décompensation comme dans

les périodes de stabilisation. Hors périodes de décompensation, le besoin d'aide est évalué à 2 h 35 par semaine. Cette évaluation rejoint celle effectuée par le CMS [...] au mois de septembre 2015 (rapport du 18 septembre 2015 produit par la recourante) : ce sont 16 à 18 h par semaine qui ont été retenues, ce nombre ne comprenant pas l'aide apportée par les enfants et les proches de la recourante.

Par déterminations du 30 janvier 2017, l'intimé confirme ses conclusions et propose le rejet du recours. Il précise que la recourante n'a pas besoin d'aide pour structurer ses journées et qu'elle parvient pour l'essentiel à gérer le quotidien. Elle va même jusqu'à garder sa petite fille. Le fait que cela soit plus confortable pour la recourante d'être assistée et que cela diminue le risque de décompensation ne justifie pas de reconnaître un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans leurs écritures des 20 février et 13 mars 2017, les parties ont maintenu leur position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et

que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

b) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 153 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet

acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

c) Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en particulier, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (art. 42 al. 3 LAI ; ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 et références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). L'accompagnement doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée ; faire face aux situations qui se présentent tous les jours (par ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ; tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (ATF 133 V 450 consid. 8.2.3 ; TF 9C_425/2014 précité ; ch. 8050 CIIAI).

Outre l'aide indirecte, l'aide directe d'un tiers peut aussi être considérée comme faisant partie de l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. A ce titre, la personne qui accompagne peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque, malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ATF 133 V 450 consid. 10 ; ch. 8050.2 CIIAI et les références citées).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.) (TF 9C_425/2014 précité ; ch. 8051 CIIAI et la référence citée).

Si l'assuré a besoin non seulement d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi d'une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_432/2012 précité consid. 5.3.3 ; ch. 8048 CIIAI).

d) Selon la jurisprudence, le rapport qui détaille les conclusions d'une enquête effectuée au domicile de la personne est un

moyen approprié pour évaluer l'impotence lorsque la réalisation de cette enquête remplit certaines conditions formelles et ne laisse subsister aucun doute quant aux conséquences des troubles diagnostiqués et au besoin d'aide et d'accompagnement indispensable pour accomplir certains actes et faire face aux nécessités de la vie. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. En revanche, en cas de doute, le recours aux évaluations médicales peut se révéler nécessaire (cf. ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2 ; cf. aussi ATF 140 V 543 consid. 3.2.1). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 ; 128 V 93).

4. a) *In casu*, il convient tout d'abord de relever que l'art. 42 al. 3 deuxième phrase LAI, comme l'art. 38 al. 2 RAI, relatif au besoin durable d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie – seul élément entrant ici en considération compte tenu du rapport d'enquête – dispose que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Il est constant que la recourante est au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2011 et qu'elle présente une atteinte à sa santé psychique ayant des répercussions sur sa capacité de travail depuis le 17 septembre 2000. Dans un rapport du 24 septembre 2012, la Dresse A. _____ a retenu un trouble bipolaire et les limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes : « fragilité psychologique, labilité émotionnelle, instabilité, difficulté à gérer le stress, incapacité à se remettre en question et à accepter la maladie et surtout le traitement médicamenteux prescrit, et effondrement des ressources d'adaptation aux

changements », rappelant que l'assurée avait des difficultés à demander de l'aide. Il ressort notamment d'un rapport du 28 avril 2003 des Drs J._____ et C._____ que cette méfiance était due à la crainte de perdre ses enfants et à sa loyauté vis-à-vis de la communauté. Par ailleurs, la mauvaise compliance médicamenteuse s'expliquait par l'augmentation de la fatigabilité de la recourante l'empêchant d'assumer ses responsabilités (cf. rapport du 24 septembre 2012 de la Dresse A._____).

En l'occurrence, la demande d'allocation pour impotent a été déposée à la suite d'une hospitalisation à [...] en juillet 2015. Un retour à domicile a été possible sous la condition d'une aide à raison de 3 x 2 h 30 par semaine (rapport du 15 septembre 2015 de la Dresse S._____). Le CMS a fourni une aide évaluée entre 16 à 18 h par mois dès le 1^{er} octobre 2015 pour l'entretien courant (nettoyage, rangements et lits), ainsi que l'entretien du linge (lessive, repassage et raccommodage). Cette aide était toujours présente au moment de l'enquête du 10 mai 2016. Sur ce point, la Dresse S._____ a indiqué que lors de phases de décompensation, l'accompagnement devrait être intensifié momentanément (cf. rapport du 3 décembre 2015), rappelant que la fatigue intense du matin empêchait sa patiente d'effectuer ses tâches ménagères. Le Dr G._____ a exposé que sa patiente avait besoin d'aide pour le ménage, étant fatiguée et somnolente à cause des médicaments psychotropes entre autres et ne réussissant pas à gérer le quotidien d'une famille, faute d'énergie et d'initiative.

b) L'instruction relative à une allocation pour impotent réalisée le 10 mai 2016 a confirmé la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le besoin d'aide ayant été évalué à 2 h 35 par semaine hors périodes de décompensation. L'enquêtrice a ainsi constaté que le besoin d'aide pour faire le ménage (2 h) – dont les coûts étaient assumés par le Service des prestations complémentaires depuis l'automne 2015 –, pour gérer les différentes tâches administratives (30 min) – abstraction faite de l'important travail initial nécessité par le retard accumulé (durant neuf mois dès février 2015) –, ainsi que pour gérer ses rendez-vous et structurer ses journées (5 min), correspondait à

l'estimation ressortant de l'enquête à domicile et représentait 2 h 35 hebdomadaire, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessaire était également réalisé, ce qui donnait droit à une allocation pour impotent de degré faible. Le rapport d'enquête à domicile a été réalisé par une personne qualifiée, en toute connaissance de la situation personnelle et médicale de la recourante. Il ne saurait être écarté au seul motif qu'il reposerait, selon l'intimé, sur une vision préventive et non actuelle. Ainsi, pour fonder son point de vue et remettre en cause les observations contenues dans le rapport d'enquête à domicile, l'intimé s'est notamment référé à l'avis médical du SMR, aux rapports médicaux des Drs S. _____ et G. _____, ainsi qu'au rapport d'enquête précité (cf. écriture du 13 mars 2017). Toutefois, il sied de relever que lorsque le SMR soutient que la recourante ne présente pas un besoin d'aide régulier et actuel, mais plutôt préventif, il expose en définitive un avis péremptoire qui ne se fonde sur aucun élément médical objectif. Certes, comme l'affirme l'intimé, la recourante suit un traitement médicamenteux qui consolide l'amélioration de son état de santé (cf. réponse du 22 décembre 2016), mais il entraîne même en période de stabilisation des effets secondaires comme la fatigue, la somnolence et le manque d'énergie privant l'intéressée de la possibilité d'assumer et d'organiser le quotidien d'une famille de quatre enfants. La recourante est décrite comme passant beaucoup de temps allongée sur le canapé, voyant qu'il y a des choses à faire, mais ne parvenant pas à initier ces activités, à les organiser et à les assumer. Il ressort du dossier que pour remédier aux limitations précitées, la recourante n'a, à certaines périodes, plus suivi son traitement médicamenteux d'où un risque de décompensation aiguë (rapport du 24 septembre 2012 de la Dresse A. _____, p. 6), avec *de facto* le risque d'une hospitalisation en institution psychiatrique.

c) Au vu des éléments précités, il convient de considérer que le trouble bipolaire et sa maîtrise par le biais de psychotropes entraîne déjà des limitations qui empêchent l'intéressée de gérer son quotidien et ce, en dehors de toute période de décompensation. Dans ce contexte, il y a lieu de confirmer les conclusions du rapport d'enquête du 17 mai 2016, à savoir que la recourante a besoin d'un accompagnement durable pour

faire face aux nécessités de la vie, respectivement de vivre de manière indépendante, qui représente en l'occurrence un investissement temporel de 2 h 35 par semaine et ce, depuis juin 2015.

Quant à l'obligation de la recourante de diminuer le dommage par le biais de l'aide sollicitée des membres de sa famille, il convient de relever que même si l'aide demandée se doit d'être plus conséquente que celle que ces derniers apporteraient sans l'atteinte à la santé de l'intéressée, cette aide ne doit pas constituer une charge disproportionnée pour eux (TF 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 5.5 et les références citées). En l'occurrence, l'aide nécessaire de la part des membres de la famille de la recourante, soit ses enfants – dont les aînés n'avaient que 18 et 16 ans au moment de la décision litigieuse – en ce qui concerne le calcul des ordres de paiement, l'aide au rangement, la préparation des repas et l'exécution de la lessive qu'elle ne peut accomplir, va au-delà de ce qui peut être raisonnablement exigé dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage.

5. Il convient enfin de déterminer à partir de quelle date l'allocation pour impotent de degré faible doit être versée.

a) La naissance du droit est régie par l'art. 35 al. 1 RAI, qui la fixe au premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. Le droit à une allocation pour impotent prend naissance en principe à l'expiration du délai d'attente d'une année. Cette règle s'applique par analogie avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. ch. 8092 CIIAI).

b) L'art. 48 al. 1 LAI précise par ailleurs que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA n'est allouée que pour les douze mois précédant la demande.

c) En l'espèce, le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie s'est manifesté en juin 2015. Le droit à

une allocation pour impotent de degré faible s'est donc ouvert au plus tôt au mois de juin 2016. La recourante a déposé sa demande le 6 novembre 2015. Une allocation pour impotent de degré faible doit dès lors être versée à la recourante depuis le 1^{er} juin 2016.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient de fixer ces derniers à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 fr. compte tenu de l'importance du litige et de l'intervention du mandataire qu'au stade de la réplique, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante, Me Bourqui ayant au demeurant précisé qu'elle laissait à l'appréciation de la Cour la fixation de l'indemnité en sa faveur.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 26 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** N._____ a droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} juin 2016.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Florence Bourqui, avocate (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :